MODULO DI RITIRO DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Mod. 2

MOD_008 – Rev1 31.10.18

OSPEDALE SAN PIETRO FBF

via Cassia n. 600 - 00189 ROMA

CARTELLA CLINICA	DATA DIMISSIONE	ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
N. ……	…./…./……	specificare ……

INTESTATARIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome …… …… Nome……

nato/a …… il __ /___ /__ Residente a …… ……

Via …… n°…….. CAP….. Telefono……

A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 DPR 28/12/2000 n°445)

(da compilare se **l'intestatario** della documentazione sanitaria sia minore/incapace/interdetto/inabilitato)

Il/la sottoscritto/a Cognome …… …… Nome……

nato/a …… il __ /___ /__ Residente a …… ……

Via …… n°…….. CAP….. Telefono……

DICHIARA di essere: **GENITORE** □ **TUTORE** □ **ALTRO:**……

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.46 del DPR 28/1212000 n°445

Data …….. il Dichiarante ……

B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ' (Art. 47 DPR 28/12/2000 n°445)

(da compilare se la documentazione sanitaria richiesta è relativa ad un paziente **DECEDUTO)**

Il/la sottoscritto/a Cognome …… …… Nome……

nato/a …… il __ /___ /__ Residente a …… ……

Via …… n°…….. CAP….. Telefono……

DICHIARA di essere EREDE (grado di parentela)……

dell'intestatario della documentazione richiesta deceduto a…… il __/ __ /__

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 28/12/2000 n°445

Data …….. il Dichiarante ……

DELEGA PER IL RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Delegato: sig./sig.ra ……nato/a …… il __ /___ /__

Res.te a …… Via…… n°…….. CAP…..

Data …….. il Delegante ……

NB: allegare FOTOCOPIA di un DOCUMENTO VALIDO del DELEGANTE

Il Dichiarante/Delegato esibisce documento:

□ **C.I.** □ **Patente** □ **Passaporto n°** …… **Rilasciato il** __ /___ /__ **Sc. il** __ /___ /__

Informativa Privacy: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale sono richiesti e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per tale scopo

Data …….. il Dichiarante/Delegato ……